Nr. 52. 27. grudnia 1925. Rok IV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

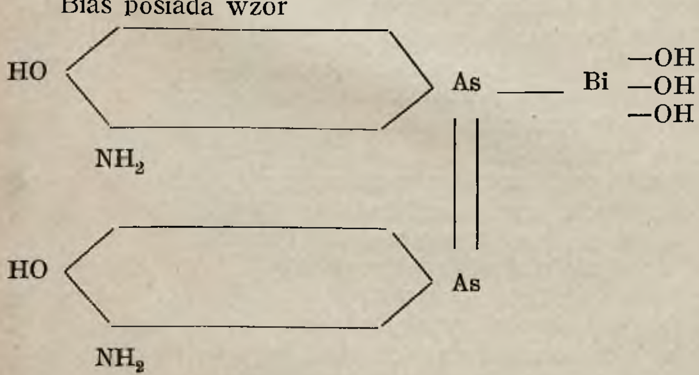
Dr. Robert BERNHARDT Warszawa.
Ordynator szpitala Św. Łazarza.

Leczenie przymiotu preparatem arseno-bizmutowym „Bias".

Wysoka wartość lecznicza przetworów arsenobenzolowych i bizmutowych zawsze zniewalała praktyków do kojarzenia tych leków. Wyrazem tego są leczenia mieszane arseno-bizmutowe, które dziś cieszą się tak wielkiem i zasłużonem powodzeniem. Było jednak rzeczą oczywistą, że w następnym etapie rozwoju lecznictwa swoistego należy dążyć do skojarzenia tych metali w jednym indywidualnym preparacie chemicznym. O tej sprawie Levaditti wyraża się w sposób następujący. „Już na wstępie badań nad działaniem leczniczem bizmutu przewidywano korzyści, wynikające ze skojarzenia bizmutu z arsenem, albo też z rtęcią w wspólnem połączeniu chemicznem. Takie próby były też czynione przed kilku laty przez Ehrlich'a — jednak bez uchwytnych wyników. Nie bacząc na niemałe wysiłki (wprawdzie bardzo rozbieżne), nie posiadamy dotychczas preparatu idealnego, w którym bizmut mieściłby się obok arsenu w jednem wspólnem połączeniu cyklicznem". (Le bismuth dans le traitement de la syphilis 1924 r. p. 303).

Wedle moich zapatrywań, preparat taki nie powinien zatracać własności leczniczych arsenobenzolu. To też zalecałem wprowadzenie bizmutu do jądra arsenobenzolowego, pragnąc w ten sposób stworzyć związek, podobny do salwarsanu srebrowego. Stawiałem ponad to za warunek, by lek łatwo rozpuszczał się w wodzie, by nadawał się do stosowania dożylnego, by nie był trujący w klinicznem znaczeniu słowa. Pierwsze próby, przedsięwzięte w jednej z pracowni przemysłowych, zawiodły najzupełniej. Preparat okazał się tak jadowitym nawet w zastrzykiwaniu podskórnem i domięśniowem, że o jego stosowaniu nie mogło być mowy. Zadawanie dożylne leku powodowało śmierć zwierząt doświadczalnych po upływie 12—14 godzin, zastrzykiwania zaś domięśniowe — po upływie 2—4 dni. Po licznych i mozolnych próbach powiodło się jednak p. B. Hepnerowi otrzymanie preparatu arseno-bizmutowego, który zdaje się odpowiadać wymaganiom praktyki. Preparat wykonano w pracowni Państwowego Instytutu Higieny. Nowy lek nazwano Bias'em (Bi+As).

Bias posiada wzór



(czynny składnik Biasu)

Preparat zawiera As metal. 13,5% oraz Bi metal. 7,8%. Jest to suchy, sypki, ciężki proszek bezpostaciowy, barwy kanarkowo żółtej, który rozpuszcza się w wodzie łatwo, szybko i dokładnie. Roztwory wodne są barwy ciemnoczerwonej (kolor wina Marsala), wykazują Ph = 9,2 i nie zmieniają stopnia jadowitości w ciągu 1/2 godziny.

Doświadczenie. Roztwory wodne 1% i 2% pozostawione przez 30 min. w szklankach szerokich (duży dostęp powietrza), nie zmieniały swego intenzywnego zabarwienia i przez szczury były dobrze znoszone w dawce zwykłej = 120 mg. preparatu na 1 kg. żywej wagi (dosis tolerata).

Określenie stopnia jadowitości Biasu dało następujące wyniki (badania wykonano przy łaskawym współudziale Dr. med. F. Przesmyckiego).

I. Roztwór wodny 1%. Trzem szczurom głodzonym zastrzyknięto dożylnie po 80, 90 i 92 mg. preparatu na 1 kg. żywej wagi. Po 12 dniach zwierzęta żyją i widocznie czują się dobrze.

II. Roztwór wodny 2%. Szczurom A, B i C zastrzyknięto dożylnie po 100, 120 i 145 mg. na 1 kg. żywej wagi. Szczur C padł po 4 dniach, A i B żyły po upływie 7 dni.

III. Roztwór wodny 2%. Szczurom głodzonym D. E i F zastrzyknięto dożylnie po 110, 120 i 125 mg. Biasu na 1 kg. żywej wagi. Po 7 dniach gryzonie żyły i nie wykazywały objawów chorobowych.

IV. 5 myszom zastrzyknięto dożylnie w roztworze wodnym 2% po 220 mg. preparatu na 1 kg. żywej wagi. Wszystkie zwierzęta padły następnego dnia po zabiegu.

V. Takiż wynik osiągnięto po dawce 200 mg. na kg. żywej wagi.

VI. Roztwór wodny 2%. Szczurom G, H i J zastrzyknięto dożylnie po 180 mg. na 1 kg. żywej wagi. Szczur G i J padł po 48 godz., H — po 72 godz. Sekcja nie wykryła żadnych zmian widomych.

Z powyższego wynika, że jadowitość Biasu jest znacznie mniejsza w doświadczeniu biologicznem od obliczonej z własności składników preparatu. Dosis tolerata wynosi 120 mg. na 1 kg. żywej wagi zwierzęcia.

W drugiej serji doświadczeń usiłowano osiągnąć osłabienie jadowitości Biasu przez dodanie połączeń chemicznych, zawierających grupy OH. W tym celu rozpuszczono preparat w glicerynie oraz w roztworach wodnych rozmaitych gatunków cukru, a zwierzętom (szczurom) zastrzykiwano dożylnie dawki wyższe od dosis tolerata. Wyniki były następujące.

ROZCZYNNIK	Dawka preparatu na 1 *kg* żywej wagi	Wynik
50% roztwór wodny gliceryny	150 *mg*	Po 7 dniach zwierzęta żyją.
25% roztwór wodny cukru gronowego . . .	150 »	Zwierzęta padły po upływie 5 dni.
10% roztwór wodny mannitu	150 »	Wypróżnienia mimowolne, śmierć natychmiastowa.
25% roztwór wodny lewulozy	160 »	Śmierć po upływie doby.
Nasycony roztwór wodny cukru mlecznego .	160 »	Śmierć po upływie 24 godzin.
»	140 »	Śmierć po 2 dniach.
»	120 »	
20% roztwór wodny galaktozy	160 »	Po upływie 7 dni zwierzęta żyją.
15% roztwór wodny galaktozy	151 »	Zwierzęta żyją po 7 dobach.
»	165 »	
»	170 »	Zwierzę padło 3-go dnia.

Z doświadczeń tych można wnioskować, że z wyjątkiem mannitu wszystkie powyższe połączenia (poczynając od alkoholu trzeciorzędowego — gliceryny) posiadają własności umniejszające jadowitość Biasu. Działanie takie jest prawdopodobnie spowodowane nasyceniem pobocznych wartościowości metali, czyli innemi słowy — ich zamaskowaniem. W 15% roztworze galaktozy Bias jest zatem znoszony w ilości 165 mg. na 1 kg. żywej wagi (w roztworze wodnym 120 mg.), w roztworach zaś odpowiednio kombinowanych cukrów dosis tolerata sięga nawet 200 mg. na 1 kg. żywej wagi (= dosis tolerata Neosalwarsanu).

Próby lecznicze, zapoczątkowane w marcu r. b. i dotyczące 60 przymiotowych, doprowadziły do wyników następujących.

Bias rozpuszcza się na zimno w 5—10 ccm. wyjałowionego roztworu cukrów, dołączonego do każdej ampułki preparatu. Ilość rozpuszczalnika pozostaje w stosunku prostym do dawki leku. Zauważyć jednak trzeba, że można bezkarnie stosować bardziej stężone roztwory (głównie w praktyce szpitalnej), gdyż Bias nietylko rozpuszcza się niesłychanie łatwo, lecz — co najważniejsze — bynajmniej nie powoduje zapalenia żył. Świeżo przygotowany roztwór nie powinien stać na powietrzu dłużej nad pół godziny. Lek zastrzykuje się dożylnie w odstępach 5-dniowych. Zastrzykiwać należy powoli, tak jak w technice arsenobenzolowej. Obecnie ustalony typ dawkowania u dorosłych polega na stosowaniu ilości wzrastających leku, a mianowicie 0,2 : 0,3 : 0,4 : 0,5. Doradza się nieprzekraczanie bez wyraźnej potrzeby dawki 0,4 u kobiet i 0,50 u mężczyzn. Te dawki najwyższe można wznawiać kilkakrotnie. Ilość ogólna Biasu, niezbędna do przeprowadzenia jednego leczenia, określa się na 2,5—3g., u kobiet, 3—3,5 g. u mężczyzn. Ilość tę zazwyczaj osiąga się w 7—9 zastrzyknięciach. Muszę jednak zaznaczyć, że w razie potrzeby można bezkarnie przekroczyć te normy i podawać mężczyznom 0,6, kobietom 0,5, a nawet 0,6, gdyż preparat bywa naogół znoszony doskonale. Względne wskazania do dawkowania wysokiego mogą wypływać jedynie z uporczywości trwania odczynów biologicznych dodatnich. Sądzę jednak, że nawet w takich przypadkach będzie korzystniej wykonać kilka zastrzyknięć nadliczbowych po 0,4 zamiast przerzucać się na dawki najwyższe.

U osobników słabych, źle odżywionych, niedokrwistych, a także u ciężarnych podajemy nieco mniejsze dawki, a mianowicie 0,15 : 0,20 : 0,25 : 0,30 i zadawalniamy się ogólną dawką 2,1 g. Biasu (w 8 zastrzyknięciach dożylnych).

Leczenie drugie należy przedsięwziąć po upływie 6 tygodni, trzecie zaś w 10 tygodni po drugiem. Dalsze leczenie, którego nie należy zaniedbywać pragnąc osiągnąć wyniki trwałe, wynika ze wskazań ogólnych oraz z właściwości każdego spostrzeżenia.

Dalsze modyfikacje metody wynikałyby z szczególnych wskazań w każdym przypadku spostrzeganym. Sprowadzaćby się one mogły do częstszego zadawania dawek małych z tem jednak zastrzeżeniem, aby ogólna ilość preparatu nie była mniejsza od normy podanej wyżej. (Należałoby przytem pamiętać, że 0.10 Biasu zawiera 0,0135 As oraz 0,0078 Bi — metalu). Do tej pory nie byłem w położeniu, które zniewalałoby do stosowania metody dawek frakcyjnych. Nie omieszkam jednak w najbliższej przyszłości wypróbować wartości leczniczej i praktycznej takiego postępowania. Zastrzykiwania domięśniowe nie powodują wprawdzie nacieku, są jednak dosyć bolesne, nawet w dawce 0,10.

Co się tyczy wpływu Biasu na zjawiska kliniczne przymiotu, to podnieść muszę, że działanie objawowe było zupełnie pomyślne w wszystkich okresach choroby.

Z objawu pierwotnego krętki blade znikają po upływie 2—3 dni. Wrzody pierwotne wielkości średniej (n. p. paznokcia palca wielkiego) zabliźniają się w ciągu 5—6 dni. Stwardnienie trwa dłużej, około 2—3 tygodni. Nawet po zakończeniu leczenia niekiedy pozostaje wyraźniejsze zgrubienie ciastowate tkanek. Twory większe średnicy 2,5—5 cm. zabliźniały się 10—15 dni. W jednem ze spostrzeżeń rozległe owrzodzenie pierwotne mieściło się na kroczu, w jamie czółenkowatej oraz na wargach sromowych mniejszych. Owrzodzenie kształtu nieprawidłowego trójkątnego miało brzegi wysokie i dno twardawe. Zabliźnienie nastąpiło po upływie dni 15, stwardnienie zaś wessało się w ciągu następnego tygodnia. Nadmienić należy, że we wszystkich tych przypadkach leczenie miejscowe polega jedynie na stosowaniu przysypki talkowej.

Obrzęk stwardniały natężenia średniego trzymał się 8—9 dni. Rozległe, znaczne i twarde obrzęki warg sromowych większych, powodujące powiększenie się wargi do wymiarów cytryny, ulegały wessaniu w ciągu 14—18 dni. Leczenia miejscowego nie zalecano.

Obrzmienie i stwardnienie gruczołów chłonnych pachwinowych, towarzyszące objawowi pierwotnemu, poczynało zmniejszać się widocznie z chwilą zabliźnienia się owrzodzenia. Ku końcowi leczenia zmniejszenie się objętości i spoistości gruczołów było wybitne w jednych spostrzeżeniach, mniej lub więcej znaczne w innych.

W osutkach drugookresowych spostrzegano w 14% odczyn Jarisch'a-Herxheimer'a. Zjawisko dotyczyło niemal wyłącznie osutek plamistych i występowało nazajutrz po pierwszej dawce Biasu.

Osutki plamiste wystałe znikały po 3—4, świeże zaś po 5—8 dniach. Różyczki pokrzywkowate trzymały się do 9—10 dni. Obfite, rozległe osutki grudkowate typu soczewicowatego ulegały wessaniu całkowitemu po 7—12 dniach i zazwyczaj pozostawiały mniej lub więcej ciemne plamy barwikowe. Najszybciej (3—5 dni) znikały grudki twarzy, a zwłaszcza oddzielne wykwity płaskie oraz twory łukowate i obrączkowate, pokryte łuską suchą, albo też tłustą, łojotokową. Stosunkowo dłużej trwały grudki kończyn dolnych, a mianowicie w umiejscowieniu na podudziach (9—12 dni). Najwolniej wsysały się wykwity grudkowato-łuszczycowate dłoni i podeszew (do 15 dni).

Osutki drobnogrudkowate i grudkowato-krostkowe ustępują stosunkowo łatwo — przeciętnie w okresie 2-tygodniowym. Następcze plamy barwikowe bywają dosyć ciemne.

Wykwity guzkowate typu rumienia guzowatego, wielkości owocu wiśni wessały się po 17 dniach.

W t. zw. *syphilis maligna praecox* działanie Biasu było niezmiernie szybkie i pomyślne. Niesztowice, brudźce i owrzodzenia zmieniały swój wygląd już po 2—3 dobach, całkowite zaś zabliźnienie można było stwierdzić po upływie 8 do 12 dni — w zależności od rozległości i głębokości owrzodzeń. Miejscowo stosowano kwas borowy w maści lub w okładzie. Wpływ leczenia na stan ogólny chorych był nader korzystny.

Objawy swoiste miejscowe ustępują w kolejności następującej. Lepieże błony śluzowej ust, języka i gardzieli znikają po 1—3 dobach. W swoistem zapaleniu krtani w połączeniu z lepieżami głos staje się prawidłowy po upływie 3—4 dni nawet w tych przypadkach, w których sprawa trwała około 4—6 tygodni. Nadżerki kątów ust, oraz grudki nadżerkowate sromu niewieściego, prącia i jego żołędzi, napletka, moszny i odbytu goją się po 3—4 dniach bez leczenia miejscowego. Lepieże płaskie sączące i przerosłe narządów płciowych, krocza, odbytu i innych miejsc wysychają po 1—2 dobach, wchłaniają się zaś doszczętnie po upływie 5—11 dni, zależnie od wielkości wykwitów. Miejscowo stosowano w tych razach przysypkę talkową. W okresie wsysania się lepieże nabierały barwy sino czerwonawej, zupełnie jak w leczeniu wyłącznie bizmutowem. Takie zabarwienie częstokroć posiadały też plamy polepieżowe.

W przypadku zapalenia tęczówki wyleczenie nastąpiło po 6 dniach.

Bole głowy, towarzyszące objawom drugookresowym, uspokajały się zupełnie w ciągu 2—3 dni.

Wreszcie muszę dodać, że w jednym przypadku żółtaczki syfilitycznej, spostrzeganej w pełni kwitnienia przymiotu drugookresowego, zabarwienie skóry ustąpiło po 6

dniach, podczas gdy barwików żółciowych już nie wykazywano w moczu po upływie następnych 2 dni. Podczas leczenia nie zalecano żadnej diety.

Również pomyślny był wpływ Biasu na objawy przymiotu trzeciookresowego. Guzki skóry (tubercula cutanea) wielkości ziarna grochu do fasoli wsysają się w ciągu 8—10 dni bez leczenia miejscowego. Postaci guzkowate pełzające poczęści owrzodziałe (Syphilis tuberculo-ulcerosa serpiginosa) ustępują w okresie czasu 12-dniowym. Gumiaki owrzodziałe, oraz owrzodzenia postępujące lub pełzające ulegają zabliźnieniu w ciągu 9—20 dni. W przypadku licznych owrzodzeń twarzy, trwających około 2 lat. osiągnięto wynik po upływie 9 dni i po dawce 0,15+0,20 preparatu (rys. 1). Rozległe owrzodzenia mostka lewej połowy szyi i okolicy podżuchwowej lewej goiły się 2 tygodnie. Niezwykle głębokie owrzodzenia obu podudzi, istniejące 5 miesięcy, zabliźniły się po 20 dniach. We wszystkich tych przypadkach stosowano miejscowo roztwór fizjologiczny soli kuchennej, albo też 3°/₀ maść borową.





Rozległe, lecz powierzchowne owrzodzenia błony śluzowej podniebienia miękkiego i twardego, policzka lewego oraz dolnej wargi zabliźniły się w ciągu 8 dni. W przypadku przedziurawienia podniebienia twardego zabliźnienie nastąpiło po 12 dniach. Głębokie owrzodzenie tylnej i bocznej ściany gardzieli zagoiło się w ciągu 10 dni.

Wpływ Biasu na odczyn BW był następujący.

W 2 przypadkach przymiotu pierwszookresowego surowiczo-ujemnego odczyn biologiczny pozostał ujemny po zakończeniu leczenia (dawka 3—3,4 g).

W 3 przypadkach przymiotu pierwszookresowego surowiczo-dodatniego osiągnięto odczyn ujemny po dawce 3—3,25 g. Biasu (7 zastrzyknięć).

W przymiocie drugookresowym jawnym spostrzegano hemolizę zupełną w 66,5°/₀, częściową w 19°/₀, zatrzymanie hemolizy w 14,5°/₀. Dawki wahały się w granicach 2,4—3,6 g. Biasu w 5—8 zastrzyknięciach dożylnych.

Przymiot drugookresowy utajony wykazywał po leczeniu BW — w 58°/₀, BW + w 23°/₀ oraz BW + w 19°/₀. Dawka 2,8—3,4 g. w 5—8 zastrzyknięciach.

W przymiocie trzeciookresowym jawnym notowano hemolizę zupełną w 50°/₀, częściową w 25°/₀ i zatrzymanie hemolizy w 25°/₀.

Dane powyższe dotyczą wyników, osiągniętych ku końcowi leczenia, lub też bezpośrednio po jego ukończeniu. Mniemam jednak na zasadzie dotychczasowego doświadczenia, że w leczeniu Biasem odczyn BW zachowuje się podobnie jak w leczeniu wyłącznie bizmutowem. Częstokroć staje się on bowiem ujemny dopiero w 3—4 tygodnie po zakończeniu postępowania leczniczego.

W sprawie ubocznego działania nowego leku należy zaznaczyć fakty następujące.

W kilka godzin po zastrzyknięciu dożylnem Biasu, a zwłaszcza dawek większych ciepłota ciała częstokroć podnosi się bez dreszczy do 37,3—38,4°. Zazwyczaj wykonywano zabiegi w godzinach południowych, podniesienie się zaś ciepłoty spostrzegano z wieczora o godz. 6—7 przy dobrem samopoczuciu chorego. Nazajutrz rano gorączki najczęściej nie notowano. W niektórych jednak razach stan podgorączkowy trwał jeszcze do wieczora.

W 10°/₀ przypadków zjawił się rąbek bizmutowy dziąseł. Wyraźniejsze obrzmienie dziąseł spostrzegano raz jeden (1,7°/₀). Obrzmienie nie było bolesne, przebiegało bez ślinotoku, łatwo ustąpiło w leczeniu miejscowem i zupełnie nie wstrzymało dalszego stosowania leku. W przypadku ciężkiego zapalenia rtęciowego dziąseł stosowano po jego wyleczeniu zastrzykiwania Biasu. Dziąsła te doskonale zniosły 3,2 g. preparatu.

6 razy na 452 zabiegów spostrzegano t. zw. *choc dentaire* (1,3°/₀). Ból zębów zjawiał się natychmiast po wykonaniu zabiegu. Zjawisko występowało jedynie po dawkach najwyższych, a mianowicie u kobiet po drugiej dawce 0,5 (5-te lub 6-te zastrzyknięcie), u mężczyzn zaś po drugiej dawce 0,6 (5-te zastrzyknięcie). Tylko w jednym z tych przypadków ból zębów był silny i trwał ½ godz. (u mężczyzny po drugiej dawce 0,6). W spostrzeżeniu tem chory uskarżał się na „trętwienie" zębów już po pierwszej dawce 0,6. Nie należało zatem zasadniczo wznawiać tej samej dawki. W pozostałych przypadkach ból był niewielki i trwał zaledwie 3—4 minuty, albo też ograniczał się do uczucia „drętwienia" zębów. Po zmniejszeniu następnej dawki kolejnej o 0,10—0,15 ból już więcej nie występował i można było spokojnie stosować dalsze leczenie.

Z powyższych względów zalecam nieprzekraczanie bez koniecznej potrzeby dawki 0,4 Biasu u kobiet i 0,5 u mężczyzn (patrz wyż.), a to tem bardziej, że dawki niższe posiadają zupełnie dostateczne działanie lecznicze. Powtórzę jednak jeszcze raz, co wyżej powiedziałem, a mianowicie, że w przeważającej większości przypadków mężczyźni dobrze znoszą dawkę 0,6, kobiety zaś 0,5 a nawet 0,6 Biasu. Tak np. na ogólną liczbę 89 zastrzyknięć dawki 0,5 ból lub trętwienie zębów spostrzegano tylko 3 razy.

W jednym przypadku trętwienia zębów współcześnie wystąpił ostry ból mięśnia naramiennego. Zjawisko trwało kilka minut. Pewną wrażliwość mięśnia podczas uciskania głębszego można było stwierdzić jeszcze następnego dnia. Zjawisko nie wznowiło się podczas następnych zastrzykiwań. Zdaje się, że w tym przypadku bolesność mięśnia już

istniała przed rozpoczęciem leczenia swoistego. Stosowanie Biasu spowodowało jeno chwilowe nasilenie się uczucia bólowego.

Raz jeden spostrzegano wymioty, które wystąpiły bezpośrednio po zadaniu dawki 0,2. Wobec faktu odosobnionego nie można obecnie ustalić, czy zjawisko pozostaje w bezpośredniej łączności z Biasem. Gdyby się to potwierdzić miało, należałoby myśleć raczej o działaniu arsenu. Nie trzeba bowiem zapominać, że Bias jest arsenobenzolem bizmutowym, na który można się zatem uczulić i względem którego można też posiadać wrażliwość osobniczą. Zaznaczyć jednak muszę, że do tej pory jeszcze nie spostrzegałem objawów uczulenia. Zwrócę też uwagę, że rozpuszczalnik cukrowy znacznie zmniejsza jadowitość arsenobenzolów.

Uszkodzenia miąższu nerkowego nie stwierdzono. Nieznaczny białkomocz (0,03—0,06%), istniejący przed rozpoczęciem leczenia, nie ulegał nasileniu podczas stosowania Biasu, a niekiedy nawet znikał (jak to można było np. wykazać w przypadku białkomoczu, pozostającego w łączności z zapaleniem ostrem wyrostka robaczkowego). Ciąża i białkomocz ciężarnych nie stanowi przeciwwskazań do stosowania leku.

Zaznaczyć jeszcze trzeba wpływ dodatni Biasu na stan ogólny chorych. Pod wpływem leczenia niedokrwistość szybko ustępuje, odżywienie się podnosi, przybywa wagi. Działanie to należy oczywiście przypisać arsenowi, zawartemu w preparacie.

Z powyższego wynika, że Bias pomyślnie działa na wszelkie objawy kliniczne przymiotu, nie wyłączając odczynów biologicznych, i że lek ten nadaje się też do stosowania w leczeniu wczesnem (t. zw. poronnem). Prostota techniki, bezpieczeństwo, niebolesność i rzadkość zabiegów winna sprawić, że nowy lek znacznie uprzystępni leczenie i przyczyni się do skutecznego zwalczania zakażenia przymiotowego. Należy jednak pozostawić przyszłości ocenę rzetelnej wartości, a zwłaszcza trwałości działania Biasu.

D o p i s e k. Rozumowania teoretyczne, oraz wyniki praktyki leczniczej wysuwały potrzebę posiadania preparatu arseno-bizmutowego nierozpuszczalnego, nadającego się do zastrzykiwań domięśniowych. Ostatnio p. B. Hepner urzeczywistnił ten pomysł. Okazało się, że przez utlenienie Biasu w roztworze zasadowym, otrzymuje się połączenie adycyjne pochodnych kwasu arsanilowego z wodorotlenkiem bizmutu. Badania na zwierzętach wykazały, że króliki i szczury białe dobrze znoszą ten preparat w zastrzykiwaniach domięśniowych. Lek „Biasol“ stosuje się w zawiesinie oleistej. Niebawem będą podjęte doświadczenia kliniczne.

Z praktyki.

Dr. Stanisław LIEBHART asyst. kliniki. Lwów.

Przyczynek do powikłań po znieczuleniu lędźwiowem przy operacjach ginekologicznych.

Z kliniki położniczej i chorób kobiecych U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. B o c h e ń s k i.

Po pierwszem entuzjastycznem przyjęciu znieczulenia lędźwiowego, podanego przez C o r n i n g a (1899 r.) — już w następnym roku pojawiły się publikacje, donoszące o rozmaitych powikłaniach, towarzyszących temu znieczuleniu. „Uciążliwe, długotrwające bole głowy, wymioty, porażenia inerwacji gałki ocznej i kończyn dolnych, meningismus, nerwobole, zapalenie nerwów, porażenia pęcherza, zaburzenia troficzne“ (S e i d l e r) oto szereg powikłań, jakie poszczególni operatorowie zauważyć mogli przy tym — zresztą skądinąd — wygodnym sposobie znieczulenia.

Nie będę się zajmował kolejno wszystkiemi wyżej przytoczonemi powikłaniami, natomiast pozwolę sobie opisać cztery przypadki ciekawych powikłań przy znieczuleniu lędźwiowem 10% t r o p a k o k a i n ą — zanotowanych na tutejszej klinice, a nie spotykanych dotąd w piśmiennictwie.

I. S. K. lat 35. rozp. *„ruptura perinei inveterata,* III. gr.“. Operacji (*colpoperineoplastica*) dokonano w sposób typowy przy znieczuleniu lędźwiowem 1. cm.³. 10% tropakokainy + 40. cm.³ eteru. w 6-tym dniu po operacji wystąpiły bardzo silne, stale się utrzymujące bole głowy i nieznaczna sztywność karku. W 9-tym dniu po operacji nagłe uderzenie krwi do głowy, w dalszym ciągu silny ból głowy, większa nieco sztywność karku, ogólne osłabienie i uczucie ciężkości. Następnego dnia wystąpiły objawy zaburzenia wzroku, a to: podwójne i potrójne widzenie, ruchomość i mglistość widzianych przedmiotów i typowa *hemianopsia* jednostronna *(hemianopsia homonyma dextra),* nadto gorszy prawy n. twarzowy, lekkie zamroczenie przytomności, chorej brak wyrazów — jakgdyby mówiła w obcym języku, wreszcie *alexia.*

W 11-tym dniu zupełne zamroczenie przytomności, zupełna prawie sztywność karku, częste skurcze nóg i rąk — tętno 124. łatwo uciskalne. Dno oka i tarcza nerwu wzrokowego niezmienione. Od 14-go dnia wszystkie opisane objawy zwolna zaczęły ustępować i chora zaczęła przychodzić do zdrowia.

II. H. M. lat 30., zamężna, rozp.: *„myoma uteri“.* Operacji *(enucleatio myomatis)* dokonano w znieczuleniu lędźwiowem 1. cm.³. 10% tropakokainy + 50. gr. eteru. Na drugi dzień po operacji wystąpiły silne bole głowy w okolicy potylicy, podwójne i potrójne widzenie, mglistość i ruchomość widzianych obrazów i ogólne osłabienie wzroku.

Badanie dna oka nie wykazało żadnych zmian. W 6-tym dniu po operacji wystąpiło lekkie zamroczenie z równoczesną hemianopsją prawostronną, która trwała tylko jeden dzień. Powtórne badanie dna oka i tarczy nerwu wzrokowego nie wykazało żadnych zmian. Po trzech dniach wszystkie te objawy ustąpiły zupełnie.

III. G. F. lat 32. zamężna. rozp.: *„kystoma ovarii dextri, graviditas III. mens.“.* Operacji *(extirpatio kystomatis)* dokonano w znieczuleniu lędźwiowem, także tropakokainą bez współdziałania uśpienia. Na drugi dzień wystąpiły wszystkie objawy analogicznie jak u poprzedniej chorej. W 7-mym dniu nadto znowuż lekka hemianopsja prawostronna, która trwała również tylko jeden dzień. Badanie dna oka i tarczy wzrokowej ujemne.

IV. H. R. lat 34. rozpoznanie: *„haematocele retrouterina et perituberina sinistra, adnexitis chronica dextra. Cystis parovarii sin.“.* Operacji *(extirpatio uteri totalis)* dokonano w znieczuleniu lędźwiowem tropakokainą + 140. gr. eteru. Na drugi dzień typowe bole głowy. W 7-mym dniu silne bole głowy, podwójne widzenie *strabismus i hemianopsia dextra homonyma.* W 13. dni objawy kolejno znikają.

Mamy więc przed sobą cztery prawie zupełnie analogiczne przypadki powikłań po znieczuleniu lędźwiowem, a więc typowe długotrwałe bole głowy w okolicy potylicy, podwójne i potrójne widzenie — mglistość i płynność widzianych przedmiotów — wreszcie najciekawsze, bo nieznane dotychczas powikłanie: hemianopsia dextra homonyma, wspólna dla wszystkich czterech przypadków, występująca stale w 6—7 dniu po operacji.

Badanie wykazywało każdorazowo dno oka i tarczę nerwu wzrokowego niezmienione przy zwężonem polu widzenia. Przemawiałoby to niezbicie za zmianami w przebiegu nerwu wzrokowego i to najprawdopodobniej między *chiasma a tractus opticus.* — Jeżeli dodamy do tego porażenie n. twarzowego i aleksję zaobserwowane u jednej chorej — znajdziemy się wobec nowej grupy powikłań po znieczuleniu lędźwiowem, a to wobec czasowych porażeń nerwów mózgowych.

Podkreślić należy, że powikłania powyższe wystąpiły u chorych, u których do znieczulenia dołączono uśpienie eterowe. W jednym tylko przypadku (III.) znieczulenie lędźwiowe było zupełnie wystarczające i dlatego nie dodawano uśpienia eterowego. W tym przypadku wspomniane wyżej objawy trwały najkrócej, bo tylko jeden dzień, a nasilenie ich było najsłabsze. Wskazywałoby to na sumowanie się środków znieczulających i na skumulowane ich działanie na system nerwowy.

Uderza ponadto w naszych przypadkach, że żadnej z powyższych czterech chorych nie podawano po operacji urotropiny. Stało się to wskutek niedopatrzenia przy zmianie służby pielęgniarskiej, u wszystkich bowiem chorych, u których dotąd stosowaliśmy znieczulenie lędźwiowe, podawaliśmy i stale podajemy zapobiegawczo zaraz po ope-

racji przez kilka dni urotropinę i u żadnej z tych chorych (przeszło 100) nie spostrzegaliśmy dotychczas wyżej opisanych objawów, nietylko ze strony narządu wzrokowego, ale i żadnych innych poważniejszych powikłań. Jest to tak uderzające, że niepodobna nie przyjąć, że istnieje pewien bliżej nam nie znany związek między wystąpieniem opisanych powikłań, a brakiem podania urotropiny. — Na czem ten związek polega, trudno powiedzieć, a nie mogąc go wytłumaczyć należycie, nie podaję rozmyślnie różnych przypuszczeń i hipotez, jakie się tutaj nasuwać mogą. Być może, że dalsze spostrzeżenia umożliwią wyjaśnienie tej bądźcobądź zawiłej sprawy.

We wszystkich powyższych przypadkach, jako leczenie zastosowano dożylne wlewanie 40% urotropiny. W dwóch przypadkach, jak wynika z poprzedniego opisu, urotropina podziałała natychmiastowo, tak, że wszystkie objawy ustąpiły szybko, bo już na drugi dzień. — Dwie chore zachowywały się dość opornie na dożylnie stosowaną urotropinę, być może dlatego, że zastosowano ją dość późno, bo dopiero w 10-tym i 11-tym dniu. — Jednak i w tych przypadkach wspomniane objawy ustąpiły zupełnie.

Wszystkie 4. chore pozostają nadal pod kontrolą kliniczną — ostatnie wiadomości, przysłane listownie, stwierdzają, że wszystkie chore mają się dotąd (30. IX., 3. X., 14. X.) zupełnie dobrze i że żaden z opisanych objawów u nich się nie powtórzył.

Z powyższego widzimy, że znieczulenie lędźwiowe nie jest przecież dla ustroju obojętne. Nie sądzę atoli, aby spostrzegane powikłania — jak dotychczas wszystkie przemijające — upoważniały do zaniechania dalszego stosowania tego sposobu znieczulania, który technicznie jest łatwy i dla operatora bardzo wygodny. Niejednokrotnie zaś może on oddać wielkie usługi, a mianowicie w przypadkach, w których uśpienie ogólne jest absolutnie przeciwwskazane.

Dalsze doświadczenia i ścisłe spostrzegania pozwolą może w przyszłości wyjaśnić przyczynę wspomnianych powikłań i nauczą nas sposobu unikania tychże.

Wszystkie powyżej opisane chore badał okulistycznie p. Doc. Dr. Reiss, któremu też na tem miejscu serdecznie za to dziękuję.

Oceny i sprawozdania.

Zdzisław Szczepański. **O sztucznej odmie piersiowej.** Str. 79 i 1 tablica. »Wykłady Lekarskie« Nr. 1 i 2.

Komitet lekarzy warszawskich, pracujących naukowo, wznowił bardzo pożyteczne i gorącego poparcia godne dzieło wydawania monograficznych wykładów lekarskich o najżywotniejszych zagadnieniach medycyny praktycznej. Monografje takie, przez szereg lat przed wojną wydane przez Gazetę Lekarską, przyczyniały się niezmiernie do utrzymywania wykonawstwa lekarskiego w Polsce na wysokim poziomie i pozostawiły po sobie najlepszą pamięć i gorącą wdzięczność lekarzy-praktyków. W dzisiejszych ciężkich czasach, gdzie z powodu trudności materjalnych wykłady uzupełniające dla lekarzy nie dochodzą do skutku lub są nie tak licznie, jakby trzeba było, uczęszczane przez lekarzy prowincjonalnych podjęcie takich wykładów drukiem powitać trzeba jako spełnienie jednego z najbardziej pilnych postulatów stanu lekarskiego. Do nadania tej publikacji formy najodpowiedniejszej przyczynia się zwięzłość w ujęciu treści w małe zeszyty o cenie rzeczywiście niezwykle przystępnej.

Zeszyt 1 i 2 wypełnia praca Szczepańskiego o odmie piersiowej. Przeszło trzydzieści lat istnienia tej metody leczenia gruźlicy płucnej, która to metoda dzięki rozpowszechnieniu i potanieniu aparatów Roentgena w ciągu ostatniego dziesięciolecia znacznie się spopularyzowała, tłumaczy, dlaczego autor, pracujący tym sposobem od 13 lat w szpitalach i klinikach i rozporządzający dziś już bardzo poważnym materjałem klinicznym i statystycznym, podjął się przedstawienia rzeczy szerszemu ogółowi lekarzy aby ją naprawdę spopularyzować w Polsce. W Odczytach klinicznych Gaz. Lek. poświęcił odmie sztucznej monografję B. Dębiński w r. 1916 a Dłuski i Sterling dwie monografje w Przeglądzie Lekarskim (r. 1916 i 1917). Mimo 36 prac klinicznych polskich metoda ta zbyt mało jeszcze jest w Polsce znaną i stosowaną. Miejmy nadzieję, że nowa monografja Szczepańskiego przyczyni się do poruszenia ogółu lekarskiego. Napisana stylem jasnym i zwięzłym, objaśniona doskonałemi rycinami i roentgenogramami, podaje lekarzowi wszystko, co mu jest potrzebnem, aby sobie tę metodę leczniczą przyswoił. Wybitny zmysł praktyczny przebija z kart tej pracy, podzielonej na 11 rozdziałów; technika zabiegu przedstawiona wyczerpująco słowem i dobremi rycinami, wszystkie szkopuły uwydatnione jasno i bezstronnie oraz podane inne metody chirurgiczne w razie niemożności wykonania odmy sztucznej.

W obecnej epoce rozbudowy akcji przeciwgruźliczej w Polsce, praca Szczepańskiego stanie się niezbędnym poradnikiem dla lekarzy-praktyków a przedewszystkiem dla ftizjologów, pracujących w poradniach, lecznicach, szpitalach i Kasach Chorych.

Sabatowski (Lwów).

__Administracja P. G. L.__ otrzymała dla prenumeratorów Gazety 25% opustu ceny księgarskiej od Komitetu Redakcyjnego __Wykładów Lekarskich__. W najbliższych dniach wszyscy prenumeratorzy P. G. L dostaną do przeglądnięcia 1 – 2 zeszyt __Wykładów__ z pracą __Dra Szczepańskiego. Cena__ tego podwójnego zeszytu dla prenumeratorów Gazety wynosi __1·50 zł.__, które należy przesłać czekiem załączonym do zeszytu. W razie niezatrzymania zeszytu prosimy o zwrot jego pod tą samą opaską.

Dr. H. Fendel. **Grundzüge der ärztlichen Psychologie in der täglichen Praxis.** Urban i Schwarzenberg. Wiedeń 1925. Stron 134; kartonowane 3 R. M.

Książeczka w 22 krótkich rozdziałach zapoznaje w zajmujący sposób lekarza praktyka niemal z całą nowszą psychodiagnostyką i psychoterapją. Przytem podaje doborowy bukiet belletrystycznych i filozoficznych aforyzmów, oraz cytatów i przykładów z doświadczenia autora i z większych dzieł psycho- i neurologicznych. Dokładniej opisane są n. p. płciowość, psychologja przedstawiania, psychogenja i w 7 rozdziałach psychoterapja. W rozdziale o hypnoterapji przedstawia autor jasno i szczegółowo postępowanie przy hypnozie, analityczną psychoterapję objaśnia na przykładzie pochwicy *(vaginismus)* a wprost z zachwytem czyta się rozdział o logoterapji, który na 9 stronicach poucza lekarza na przykładach jak przemawiać do chorego wogóle a szczególnie do nerwowego. Trzeba naprawdę wiele książek przeczytać, zanim się natrafi na tak dobrą książeczkę, którą każdemu lekarzowi najgoręcej polecam.

I. Fels (Lwów).

Przegląd pismiennictwa.

Wiener Archiv für innere Medizin.

T. XI. Z. 1.

Winkler. Dalszy ciąg pracy p. t. **Badania doświadczalne nad zagadnieniem powstawania szmerów oddechowych.** Szczegółowe badania nad akustycznemi właściwościami szmerów oddechowych wykonywał autor przy pomocy specjalnie przez siebie skonstruowanych modeli, przedstawiających system rozgałęzionych rur odpowiednio elastycznych, naśladujących w zupełności rozgałęzienia drzewa oskrzelowego. Ściśle przeprowadzane pomiary w odniesieniu do akustycznego

charakteru szmerów powstających przy przechodzeniu powietrza przez te rury, doprowadziły autora do wyników, które dają się streścić w sposób następujący. Odróżnić można zasadniczo szmery oddechowe powstające w głównych gałęziach drzewa oskrzelowego, mających swe źródło w okolicy rozwidlenia tchawicy, jakoteż szmery powstające obwodowo, biorące ważny udział w powstawaniu szmeru pęcherzykowego. Kąt, pod jakim pozostają do siebie większe gałęzie drzewa oskrzelowego, jest większy, aniżeli kąt w częściach obwodowych tegoż; a stąd charakter szmerów powstających centralnie jest odmienny aniżeli szmerów obwodowych. Przejście przez płuca zmniejsza dźwiękowość kompleksu akustycznego, nie zacierając jednak wdechowego, obwodowo uwarunkowanego charakteru.

Autor odróżnia szmery pęcherzykowe typu wdechowego o małej dźwiękowości, zbliżonej wysokością do tonu zasadniczego płuc, szmery chuchające, również wdechowe, więcej dźwiękowe, nieco wyższe od poprzednich, szmery pęcherzykowo-oskrzelowe, oskrzelowo-pęcherzykowe, wreszcie oskrzelowe. Składniki dźwiękowe najbardziej rozwinięte są w szmerach oskrzelowych.

W końcu podaje autor zestawienie typów szmerów oddechowych. Odróżnia fizjologiczny wdechowo-akcentowany, fizjolog. wydechowo-akcentowany, patologiczne wdechowe, chuchające lub pęcherzykowo-oskrzelowe, wydechowo akcentowane, pęcherzykowo-oskrzelowe lub oskrzelowo-pęcherzykowe. Wreszcie szmery mieszane, a to chuchające, szmery mające mniej składników dźwiękowych i więcej tychże, w końcu szmery wynikające z zagęszczenia tkanki, a to naciekowe lub uciskowe.

Bardzo znaczne bogactwo szczegółów pomieszczonych w pracy nie daje się omówić w krótkim referacie.

T. XI. Z. 1.

W artykule **o ostrej białaczce** zestawia D i m m e l dwa własne przypadki z odnośnem piśmiennictwem, celem wykazania, że schorzenie to nie jest chorobą zakaźną, lecz ostrą postacią przewlekłego procesu białaczkowego.

A r k i n. **O chorobie wywoływanej ukąszeniem przez szczury** *(toxiinfection par morsure de rat).* Podaje dokładne dane historyczne i opis tej choroby, którą wywołuje spirochaeta morsus muris. Cechują ją napady gorączki o typie zwalniającym, osutka sino-czerwona, wybitne objawy ze strony układu nerwowego, wyniszczenie.

Zupełne wyleczenie neosalwarsanem.

G u b e r g r i t z **w przyczynku do badań klinicznych nad durem osutkowym** zestawia spostrzeżenia zebrane z epidemij na Ukrainie z 1918/19 i 1919/20 r., pedkreślając szczególniej odchylenia od zwykłego przebiegu (n. p. charakterystyczne opadanie gorączki w 2 dniu choroby, częstość nieżytowego zapalenia płuc (72%), typową bolesność okrężnicy przed wystąpieniem bębnicy, olbrzymią cylindrurję, zmniejszenie liczby ciałek b. do 5—4000 w pierwszych dniach choroby w 73% i in.).

K a u f t h e i l i S i m's. **O swoistej lepkości surowicy krwi przy schorzeniach stawowych.** Zwiększa się ona przy schorzeniach stawów odpowiednio do rozpadu tkanek i zmian zapalnych. Najwyższe wartości spostrzega się przy pierwotnie przewlekłem zapaleniu stawów i schorzeniach gruźliczych.

Mossor (Lwów).

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

P o s i e d z e n i e k l i n i c z n e w dniu 29. września 1925 r.

Przewodniczy prezes kol. S a w i c k i.

1. Kol. E i g e r podaje w kilku słowach **ostatnie zdobycze z dziedziny badań nad rakami doświadczalnemi roślinnemi** oraz pokazuje **okazy makroskopowe raków**, otrzymanych na słonecznikach przez zaszczepienie bacilus tumefaciens.

2. Kol. E i g e r wygłosił rzecz p. t. **„Wpływ chemji fizycznej na fizjologję i medycynę współczesną** (wstęp do fizjologii koloidalnej).

3. Kol. H. L a c h s wygłosił rzecz p. t. **„Nowsze badania w chemji koloidów“.**

W dyskusji: Kol. W ę g i e r k o podnosi, że w ostatniem dziesięcioleciu zebrało się ogromne piśmiennictwo, świadczące o wielkiem zainteresowaniu się lekarzy całego świata chemją fizyczną i koloidową. Niemniejsze zainteresowanie daje się dziś zauważyć i u nas. Wystarczy wspomnieć, że już przed 20 laty prof. M o r a c z e w s k i i Dr. F l a u m zabierali w Tow. Lek. głos w tej sprawie, a przed 2 laty wygłosił mówca referat p. t. Znaczenie chemji fizycznej dla patologji. Nie da się zaprzeczyć, że chemja fizyczna odegra jeszcze doniosłą rolę we wszystkich działach medycyny. Niemal każdy objaw patologiczny staramy się dziś rozpatrywać pod kątem widzenia chemji fizycznej. Jednakże nie jesteśmy jeszcze dziś w stanie twierdzić, że patolog i fizjolog, kroczący tą nową drogą, zdobył już wiele. Jeżeli uprzytomnimy sobie, że surowica krwi, ten roztwór wielce bogaty pod względem fizyczno-chemicznym, zawierający białko w stanie rozprószenia koloidowego, jony czynne i ukryte, koloidy ochronne, roztwór w których zachodzą zjawiska adsorpcji, odbywa się ruch Brown'a i t. p. — jest jeszcze zagadką dla badającego biokoloidy, że nie starczy jeszcze praw chemicznych i fizycznych dla wytłumaczenia wszystkich zjawisk, zachodzących w tym roztworze, to stanie się jasnem, że niedaleko jeszcze w badaniach naszych uszliśmy naprzód. Co dają nam wreszcie w sensie kliniczno-rozpoznawczym fizyczno-chemiczne sposoby badania? Niewiele osiągamy w klinice danych przy pomocy określenia ciśnienia osmotycznego, przewodnictwa elektrycznego, lepkości, ilości globulin i albumin w surowicy, badaniem cząsteczek białka przy pomocy ultramikroskopu. Jednakże, nie przestajemy stosować fizyczno-chemicznych metod badania, gdyż nie wątpimy, iż tą drogą wiele jeszcze prawd odkryć zdołamy. Chociaż dziś jeszcze chemja fizyczna posiada dla medycyny znaczenie bardziej teoretyczne, to niezadługo posiadać będzie również i znaczenie praktyczne.

T. Byszewski, sekretarz doroczny.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

P o s i e d z e n i e n a u k o w e w dniu 27. maja 1925 r.

Przewodniczący prof. M a j e w s k i. Obecnych 103.

Na nowego członka przyjęto kol. gen. M ü l l e r a. Przewodniczący zawiadamia, że w myśl życzenia członków będzie się starał na przyszłość urządzać jak najczęstsze pokazy chorych. Wobec tego jednakże, że pokazów jest zwykle w czasie wieczoru dosyć dużo, stawia pod głosowanie wniosek Zarządu, aby demonstracje nietrwały dłużej jak 10 minut, a dyskusja 5 minut. Wniosek przyjęto.

1. Kol. A d a m o w i c z z I. kl. Medycznej przedstawia I) chor. z **niedokrwistością złośliwą**, leczonego autovacciną. Na klinikę chory był przyjęty w stanie bardzo ciężkim: woskowo-blady, z obrzękami na kończynach dolnych, nie mógł chodzić. Obraz krwi, typowy dla niedokrwistości złośliwej Hmglb. 25⁰) (Sahli). Wskaźnik Hmglb. 1,1, ciałek czerwonych 1,120.000. Ciałek białych 4.000. Pojkilocytoza, mikro- i makrocytoza. Anizocytoza. Nieliczne makro- normoblasty. Bilirubina we krwi 6 krotnie zwiększona (Authenruth) objaw Huntera. Achylia gaetrica. Wassermann ujemny. Stany podgorączkowe. Z żółci woreczkowej (B), wydobytej zapomocą sondy dwunastniczej przygotowano szczepionkę z wyhodowanego szczepu prątka okrężnicy. Chory dobrze oddziaływał na początku po zaaplikowaniu szczepionki podskórnie wzniesieniem temper., lecz już w drugim tygodniu przestał reagować nawet po zastosowaniu kilkakrotnie zwiększonych dawek. Równocześnie zjawiło się uczucie głodu. Choremu zdwojono rację dzienną. Stan podmiotowy i przedmiotowy poprawiał się z dniem każdym. Obecnie ma wygląd i czuje się zdrowym. Ciężar ciała zwiększył się o 14 kgl. w ciągu 7 tygodni. Obraz krwi: Hmglb. 92^0, wskaźnik 1,3, ciałek czerw. 3,400.000. Pojkilocytozy, anizocytozy brak. Czy w danym przypadku szczepionka wywołała remissję, czy też zadziałała swoiście, czas pokaże.

II) Chorego lat 12, który od dwu lat cierpi na białaczkę szpikową przewlekłą. W styczniu 1924 r. chory był demonstrowany w Tstwie z powodu skazy krwotocznej i z powodu priapismus, powstałego na tle zaczopowania naczyń odpływowych.

Obecnie chorego przedstawia powtórnie ze względu na nieoczekiwany wynik leczniczy, osiągnięty naświetlaniami promieniami Roentgena śledziony oraz kości długich. Leczenie rozpoczęto u chorego znajdującego się w stanie beznadziejnym z powodu wyniszczenia, gorączki do 39^0, krwotoku ze śluzówek, ogromnej, zajmującej więcej niż połowę brzucha śledziony, bolów kośćca i głowy, wreszcie wybroczyn w siatkówce i zaniku lewego n. wzrokowego. Obraz krwi cechujący dla białaczki szpikowej ze znacznem obniżeniem czerwonych ciałek i hemoglobiny, a ilością białych dochodzącą do 600.000 w mm^3, w tem 50% postaci niedojrzałych. (N=48%, E=0, B=1.5%, Lm=2%, Mnc=0, Mlc=25%, Mc E=0.5, Mlc B=5%, Mtmlc=6%, Prmlc=5%, Mlbl=5%, Prmlbl=1%).

Po 23 naświetlaniach w ciągu 14 miesięcy pod kierownictwem P. doc. N o w a c z y ń s k i e g o (śledziony i kości długich) stan chorego zmienił się do niepoznania. Czuje się zupełnie zdrowym, przybył na wadze i szybko rozwija się fizycznie. Śledziona zupełnie niewyczuwalna pod łukiem żebrowym, wątroba również.

Nie gorączkuje od 6. miesięcy. Ilość ciałek czerwonych 5,200,000. Hmgl. 92% (Sahli). Ilość ciałek białych od chwili przerwania naświetlań przed dwoma miesiącami nieprzekracza 12.000 (dwunastu tysięcy). Niedojrzałych postaci tylko 6% (Myelocytoza) (N=80%, E=3%, B=3%, Lm. 6%, Mnc=2%, Mlc=5%. Mlbl=1%).

Kol. Chudyk podaje przebieg leczenia roentgen. na oddz. roentgen. Zr. K. Ch. Z. W. (myelosis leuk. chronic.), przedstawionego przez kol. Adamowicza naświetlano śledzionę i kości goleniowe. Śledzionę podzielono na 8 pól 6×8 cm i każde pole naświetlano przez filter 3 Al: stosując 1/3 KED przy 100 kw 2½ m. A. Częstość naświetlań uzależniano od wyniku klinicznego badania krwi. Leczenie to trwało 13 miesięcy, uzyskano spadek ilości białych ciałek krwi z 447,200 (po przebytej róży ilość ta wzrosła do 672.000) na 18.000, przyczem śledziona osiągnęła wielkość prawidłową.

2. Kol. Zubrzycki przedstawia a) chorą, która zgłosiła się na oddział w listopadzie 1924 r. Rozpoznano u niej **raka szyjki macicy** bardzo daleko posuniętego. Z. wykonał u niej zabieg radykalny sposobem Wertheima. Zabieg utrudniały obustronne nacieki, drążące w tkance łącznej bez mała do kości, oraz zajęcie naciekiem nowotworowym ściany pęcherza. Zaciągnięcie ściany pęcherza oraz obrzęk błony śluzowej stwierdzono już przy cystoskopji. Podczas zabiegu zaciągnięcie fałdu pęcherzowo-macicznego było tak znaczne, że zrezygnowano z typowego odpreparowania pęcherza od szyji macicy od przodu, lecz, idąc na ostro od boków, od strony moczowodów preparowano w mięśniówce pęcherza, pozostawiając śluzówkę nietkniętą nowotworem w całości. Ślady tego zabiegu widoczne są na preparacie, pokazanym w postaci worków, z których wydobyto moczowody, oraz w widocznych włóknach mięsnych, pochodzących od pęcherza umiejscowionych na przedniej ścianie preparatu. Odpreparowano przy tej sposobności śluzówkę pęcherza na przestrzeni więcej niż 2-złotówka. Gruczoły były obustronnie zajęte. Chora trudny ten zabieg zniosła dobrze — lecz mimo iż w przypadku tym ubytek mieśniówki starano się zastąpić przez ześcibianie mięśniówki pozostałej — wystąpiła w 10 dni po zabiegu przetoka pęcherzowo-pochwowa wielkości monety 1-o złotowej. Z końcem grudnia chora oddział opuściła z tem, że ma się zgłosić do zabiegu plastycznego za 2. miesiące. — Zgłosiła się w marcu 1925 r. w kwitnącym stanie zdrowia. Przetoka częściowo zaciągnięta, przepuszczała swobodnie opuszkę palca. Brzegi przetoki okrwawiono i zaszyto ją, szyjąc śluzówkę pęcherza i pochwy osobno. Zeszycie częściowo się zrosło, lecz został jeszcze pomiędzy pęcherzem a pochwą otwór średnicy 2 mm. W początkach maja wykonano drugi raz zaszycie katgutem pozostałej przetoki — przyczem wówczas już przetoka się wygoiła zupełnie;

b) kobieta l. 34., zgłosiła się w marcu. Rozpoznano **ciążę średniomiesięczną powikłaną rakiem szyjki macicy**. Wykonano zabieg sposobem Wertheima. Ponieważ płód według wszelkiego prawdopodobieństwa nie dałby się utrzymać przy życiu, nie chcąc narażać chorej na znaczną utratę krwi i przedłużenie zabiegu, wykonano cięcie na macicy i usunięto macicę wraz z płodem oraz gruczoły obustronnie nowotworowo zmienione. Chora zabieg zniosła dobrze — przebyła po zabiegu prawostronne zapalenie miedniczek nerkowych wywołane lasecznikiem okrężnicy. Leczona była szczepionkami. Preparat przedstawia się na ogół bardzo ciekawie. Olbrzymi kalafiorowaty naciek nowotworowy sięga wzdłuż szyji aż poza ujście wewnętrzne do samych błon płodowych. We wnętrzu macicy płód w położeniu główkowem. Mówca demonstruje również błony płodowe i łożysko.

W dyskusji przemawiali: kol. Woyciechowski i Wielski, który zaznacza, że w podobnych przypadkach wyniki leczenia promieniami i leczenia operacyjnego są podobne pod względem procentowości wyleczeń.

W dyskusji przemawiali kol. Woyciechowski, Wielski i mówca.

3. Kol. Pokorny (kl. wewn. U. J.) przedstawia przypadek „niedokrwistości złośliwej postępującej", leczony bezskutecznie szczepionką prątka okrężnicy, wyhodowanego z okrężnicy.

4. Kol. Szczeklik (kl. wewn. U. J.) przedstawia przypadek „niedokrwistości złośliwej postępującej" ciekawy ze względu na leczenie. Stosowanie w przypadku tym szczepionki z prątka okrężnicy nie dało dodatnich wyników, natomiast po podawaniu stowarsolu nastąpiła wybitna poprawa stanu zdrowia.

Kol. Marcjaniak (kl. dermat. U. J.) przedstawia a) przypadek **„Strupnia woszczynowatego"** występujący na nieowłosionych częściach ciała, a mianowicie w górnej części ramienia i na brzuchu.

b) Przyp. „Bromoderma" u małej dziewczynki.

5. Kol. Wander (oddz. chor. nerw. Szpit. św. Łazarza). przedstawia 2 przyp. **ludzi odratowanych z powieszenia.**

W dyskusji przemawiali kol.: Artwiński, Olbrycht i Wander.

6. Kol. Artwiński omawia przyp. **wągra usadowionego** w IV. komorze mózgu, zakończony zejściem śmiertelnem.

7. Kol. Ściesiński (zakł. anat. patol.) pokazuje mózg z danego przypadku **wraz z wągrem.**

W dyskusji zabierał głos kol. Olbrycht.

Kol. Wachtel przedstawia przyrząd do Roentgenografji systemu Potter-Bucky modelu amerykańskiego Brady i pokazuje Roentgenogramy uzyskane tym aparatem i między innemi przypadek zwapnienia naczyń miednicy małej.

W dyskusji przemawiali kol. Wielski, Chudyk i Wachtel.

Przewodniczący zawiadamia członków o mającym się odbyć w pierwszych dniach lipca w Londynie kongresie radjologicznym.

Posiedzenie naukowe w dniu 3. czerwca 1925 r. dla uczczenia pięćdziesięciolecia pracy prof. Browicza.

Przewodniczący prof. Majewski. Obecnych 88.

1. Kol. Rosiński (z kl. chirurg. i Zakł. anat.-pat. U. J.) **Spondylitis ankylopoetica.**

2. Kol. Skibniewski: a) **Odma pęcherzykowa jelit.** b) **Gruczolak torbielowaty trzustki.**

3. Kol. Mróz: **Zarośnięcie ujść dużych tętnic.**

4. Kol. prof. Ciechanowski: **Wole złośliwe** bez histologicznych cech złośliwości.

5. Kol. Roman: **Zapalenie krupowe tchawicy.**

II. Komunikaty z pokazami.

1. Kol. Ściesiński (z zakł. anat.-pat.). Kol. Klepacki (z kl. pedjatrycznej) **Zarośnięcie żył wątrobowych.**

2. Kol. Kiełczewski (zakł. anat.-pat.), Kol. Stryjeński (zakł. w Kobierzynie) **Szybkie rozpoznawanie histologiczne porażenia postępującego.**

3. Kol. Szczeklik: **Tracheopathia osteoplastica.**

4. Kol. prof. Ciechanowski, Wilhelmi, Morozowa, Szczeklik: **Sprawozdanie z doświadczeń nad rakami posmołowemi.**

(Wszystkie komunikaty z tego posiedzenia przeznaczono do druku). Wszystkie komunikaty były urozmaicone licznymi i sprawnemi (dzięki asystentom Zakładu) demonstracjami świetlnemi i mikroskopowemi.

Po zakończeniu posiedzenia kol. prof. Ciechanowski zwraca się do Towarzystwa z prośbą, aby posiedzenie ówczesne jako pierwsze, które od ustąpienia prof. Browicza z katedry odbywa się w stworzonym dzięki Jego staraniom gmachu i jako pierwsze, poświęcone wyłącznie anatomji-patol., która w Polsce tak wiele zawdzięcza półwiekowej pracy naukowej i dydaktycznej Czcigodnego Nestora uczonych lekarzy polskich — raczyła uznać za hołd Towarzystwa złożony Jubilatowi.

Wniosek przyjęto przez aklamację, postanawiając zarazem, na wniosek Prezesa przesłać do Jubilata depeszę z wyrazami czci i hołdu. — Następnie dziękuje kol. Ciechanowski fundacji Rockefellera, a w szczególności członkom Komisji tej fundacji kol. prof. Nowakowi i Marchlewskiemu za dar dla zakładu w postaci znakomitego aparatu projekcyjnego, a kolegom klinicystom: Baurowiczowi, Lenartowiczowi, Rutkowskiemu i Rosnerowi za zasiłki, które umożliwiły uzupełnienie i zmontowanie tego aparatu.

Sekretarz: Dr. Pawlas.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

XV. Posiedzenie naukowe w dniu 8. maja 1925 r.

Przewodniczy kol. Zgórski. Obecnych 114 członków.

Kol. Szulisławska omawia **dwa przypadki samobójstw przez rany cięte i kłute.** Samobójstwo przez rany cięte i kłute jest rzadszym rodzajem samobójstwa: na podstawie materjału sekcyjnego Instytutu medycyny sądowej U. J. K. we Lwowie wynosi ono 3,61% wszystkich samobójstw. Wśród 28 przypadków samobójstw tego rodzaju, sekcjonowanych w tut. Instytucie, dwa zasługują na szczególniejszą uwagę; jeden ze względu na znaczną ilość ran i ich rozmieszczenie, drugi ze względu na głębokość obrażeń oraz ich umiejscowienie.

Pierwszy przypadek dotyczy mężczyzny, l. 47., który popełnił samobójstwo w więzieniu, przy pomocy scyzoryka. Na ciele stwierdzono 78 ran kłutych i kłuto-ciętych, umiejscowionych grupami na przedniej części powłok skórnych i to na szyji, w okolicy sutka lewego, na brzuchu dokoła pępka i pachwiny lewej oraz na dłoniowych stronach obu przedramion. Rany te są przeważnie płytkie, choć niektóre sięgają kilka cm. w głąb ciała; wszystkie okazują jednaki charakter, mianowicie są to rany kłute, tylko rany na przedramionach są ranami kłuto-ciętemi.

Drugi przypadek dotyczy stud. Uniw., l. 19., który popełnił samobójstwo w wannie, podczas kąpieli, przy pomocy scyzoryka. Na ciele stwierdzono około 20 ran, z tego 10 na szyi, 10 zaś na kończynach. Jedna z ran po stronie prawej szyi obejmowała prawie wszystkie mięśnie szyjne po tej stronie, przecinała żyłę szyjną zewn. i wewn., tętnicę doglowową, n. błędny, splot ramieniowy, tarczycę; w głębi zaś rany leżał nadcięty wyrostek poprzeczny 5-tego kręgu szyjnego. Również rany na kończynach zwłaszcza w okolicach nadgarstków były bardzo głębokie i obejmowały prawie wszystkie mięśnie, naczynia i nerwy tych okolic, tak, że w danym przypadku nasuwa się podejrzenie morderstwa. Wobec jednak śledztwa, wykluczającego czyn zbrodniczy, jak również

i na podstawie opisanych przypadków w piśmiennictwie musi się przyjąć możność zadania sobie dalszych obrażeń mając tak głęboką ranę na szyji, jak i dalszych obrażeń uszkodzonemi rękoma. Kolejności zadania sobie obrażeń nie można na podstawie wyniku sekcji dokładnie określić.

2. Kol. Grek przedstawia przypadek **posocznicy meningokokkowej** (P. G. L. Nr. 45, 1925 r.).

3. Kol. Ostrowski Tadeusz przedstawia przypadek po operacji **wrzodu trawiennego jelita czczego**, który wystąpił po operacji zespolenia żołądkowo-jelitowego przedniego, wykonanej przed kilku laty. Przy badaniu stwierdzono guz żołądka, zrośnięty z powłokami, a operacja wykazała naciek zapalny powłok, zrośnięty z kłębem jelit i żołądkiem; miejscem wyjścia sprawy był wrzód trawienny jelita czczego, który przebijał ku powłokom. Wykonano częściowe wycięcie żołądka wraz z zespoleniem żołądkowo-jelitowem oraz częścią jelita czczego, łącząc kikut żołądka w miejscu końcowo-bocznem z jelitem cienkiem i bocznie z częścią jelita od strony dwunastnicy w kształcie litery T. Chory zniósł zabieg dobrze. Za przyczynę wrzodu trawiennego jelita uważa mówca wykonane poprzednio przednie zespolenie żołądkowo-jelitowe, które daje duży odsetek następowych owrzodzeń.

4. Kol. Dobrzański omawia **stosowanie lipiodolu, jako środka kontrastowego w rozpoznawaniu schorzeń jam szczękowych.** Badania, przeprowadzone wspólnie z kol. Lenartowskim w 15 przypadkach różnych schorzeń jamy szczękowej, pozwoliły z wielkości i postaci cienia lipjodolu wnioskować, jakie schorzenie zachodzi. W przypadku prawidłowym cień lipjodolu wprowadzonego do jamy szczękowej jest dokładnym odlewem jej światła. W przypadkach patologicznych cień ten ma kształt nieregularny, wykazuje przybrzeżne ubytki, wpuklenia i nierówności, które, jak się przy operacji radykalnej jamy szczękowej, wykonanej sposobem Luc-Coldwella okazało, spowodowane były zgrubieniami błony śluzowej i polipami w jamie szczękowej z przewlekłem ropieniem. W przypadkach guzów jamy szczękowej cień lipiodolu, wprowadzonego do jej światła, przedstawiał się w formie wysepek rozrzuconych; pozostała zaś reszta światła niewykazywała lipjodolu. W przypadkach torbieli zębowych, lipjodol, wprowadzony przez przetokę w zębodole pozwalał stwierdzić postać i wielkość torbieli zębowej oraz jej stosunek do światła jamy szczękowej. Mówca przedstawia szereg zdjęć roentgenologicznych i objaśnia je ze stanowiska rozpoznania klinicznego. D. uważa za **bardzo wskazane wprowadzanie lipjodolu do jamy szczękowej** przez otwór po nakłuciu od strony jamy nosowej **w celu wykazania polipów i zgrubień śluzówki** przy przewlekłem ropieniu, nadto w celu wykazania **guzów dobrotliwych i złośliwych jamy** szczękowej, wreszcie w celu wykazania **torbieli zębowych**, oraz ich ewentualnej komunikacji z jamą szczękową.

5. Kol. Domaszewicz wygłasza wykład: **„O nowszych metodach pomocniczych w djagnostyce neurologicznej“.** Znaczenie i wskazania nakłucia potylicy (*punctio suboccipitalis*) oraz myelografia i jej wartość djagnostyczna (całość ukaże się w Pol. Gaz. Lekarskiej).

W dyskusji zabierali głos kol. Krzemicki, Dębicki i mówca.

K. Tyszka, sekretarz doroczny.

Łódzkie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 2. września 1925 r.

1. Kol. Pik pokazuje dwie chore z oddziału neurologicznego Szpitala w Radogoszczu: a) **Przypadek stwardnienia rzekomego Westphal-Strümpla.** H. F., lat 26, chora od roku; drżenie kończyn i tułowia. Nerwy czaszkowe bez zmian. Odruchów patologicznych brak, odruchy fizjologiczne niewzmożone. Drżenie o dużych wahaniach kończyn górnych, głowy i tułowia; częstość: 2—3 na minutę; wzmaga się przy ruchach dowolnych. Mowa skandowana, jednostajna. Mimika twarzy prawidłowa, żywa. Napięcie mięśni zwykłe. Psychicznie — inteligencja nizka, etyka dziecięca, pamięć upośledzona. Strona afektywna wzmożona. Rozpoznanie: Pseudosclerosis Westphal-Strümpel;

b) przypadek o przebiegu **postępującego porażenia opuszkowego** bardzo powolnym. G., lat 45; chora od 9-iu miesięcy. Nerwy czaszkowe: VII. lewy dolny — znaczne zaburzenia; IX. — łuki podniebienne nieruchome, odruchy gardzielowe zniesione, czucie tylnej części języka zniesione; XII. — język pomarszczony, zaniki obustronne; ruchomość znacznie upośledzona; liczne drżenia włókienkowe.

2. Kol. M. Dawidowicz wygłosił odczyt pod tytułem: **„Alkalosis et acidosis“.** W pierwszej części odczytu zostają szczegółowo omówione podstawy teorji jonów. Wyświetlona zostaje różnica między określeniem kwasowości lub zasadowości określona metodami miareczkowania i metodą stężenia jonów wodorowych. Płyn jest obojętny, jeżeli ilość jego jonów wodorowych i tlenowodorowych jest równa. Jeżeli zachodzi we krwi odchylenie od normy w jedną lub drugą stronę, mówimy o acidosis lub alkalosis. Odczyn normalny krwi (Ph = 7,33 do 7,40) zostaje utrzymany dzięki regulatorom, ciałom t. zw. buforowym krwi. Ciała te tworzą rezerwę alkaliczną krwi. Ilość rezerwy alkalicznej pośrednio służy za wskaźnik odczynu krwi. Określenie następuje w aparacie Van-Slyke'a w 1 cm^3 osocza. Norma dla rezerwy alkalicznej wynosi 53—57 cm^3 na 100 cm^3 osocza krwi. W drugiej części odczytu przedstawione są zaburzenia w równowadze kwaso-zasadowej w stanach patologicznych. Przebiegają z kwasicą: cukrzyca, mocznica, zapalenie płuc płatowe, grypa, biegunka u dzieci, choroby zakaźne, w szczególności błonica, gośćiec stawowy; krzywica. Pod znakiem alkalozy stoją tężyczka, padaczka w okresie przedskurczowym, choroba górska, alkaloza po kąpieli gorącej. Wstrząs anafilaktyczny przebiega z wybitną kwasicą. Zmiany odczynu podczas ciąży, miesiączkowania, przy zaburzeniach wątrobowych. Badania nad dwufazowym oddziaływaniem adrenaliny w związku ze zmianami w oddziaływaniu krwi. Skurcz przy padaczce. Wartość rozpoznawcza, a często i rokownicza, określania rezerwy alkalicznej krwi, jako miernika odczynu obronnego ustroju.

W dyskusji kol. Frenkiel zapytuje, jak należy rozumieć przy tężyczce — alkalozę z jednoczesnem zmniejszeniem soli wapnia; jak zachowują się przy tem fosforany; jaka zachodzi różnica między tężyczką i padaczką; przy tężyczce mamy bowiem alkalozę stałą, przy padaczce zaś — czasową, przejściową.

Kol. Szweig mówi, że badanie odczynu krwi jest też stosowane w okulistyce. Kwasowość krwi przy cukrzycy a hypotonja gałki ocznej w stadjum komatycznem — skłoniły go do badań nad zagadnieniem, czy zachodzi zależność między odczynem krwi, a napięciem gałki ocznej. W przypadku hypotonji gałki ocznej lewej u chorej na endophthalmitis krew wykazała kwasowość; po wyłuszczeniu tej gałki odczyn krwi wrócił prawie do normy. Dane z piśmiennictwa tłumaczą jaskrę względnie hypotonję, jako skutek napęcznienia względnie odpęcznienia soczewki i szklistki w zależności od stężenia jonów wodorowych w płynie przedniej komórki. Widziano kwasowość płynu przedniej komórki w przypadkach zaćmy cukrzycowej. Przypadki te mają znaczenie doniosłe, gdyż dadzą nową metodę kliniczną badania przy rozpoznawaniu różniczkowem i przyczynią się do dalszego wyświetlenia niewytłumaczonej dotychczas etjologji jaskry. Kol. Szyfman podkreśla znaczenie praktyczne tej prostej metody badania w stosunku do cukrzycy. Acetonuria może trwać niekiedy lata całe bez wielkiej szkody dla chorego. Nie mieliśmy dotąd probierza, mówiącego o stopniu niebezpieczeństwa; obecność zmniejszonej rezerwy alkalicznej krwi jest zwiastunem śpiączki. Kol. Gliksman pyta, czy istnieje stosunek stały między rezerwą alkaliczną krwi i kwasowością; dlaczego stosuje się przy cukrzycy głodzenie, które wpływa na zwiększenie kwasowości. Kol. J. Kon mówi o roli fosforanów przy tężyczce. Większość autorów jest zdania, że ilość ogólna fosforanów jest zwiększona, ale mogą zachodzić różnice w stosunku ilościowym poszczególnych frakcyj. Kol. Sterling zwraca uwagę na to, że ilość wapnia we krwi może być w sprzeczności z ilością wapnia w tkankach. Kol. Dawidowicz w odpowiedzi zaznacza, że istnieje rozbieżność zdań co do roli fosforanów przy tężyczce. Jedni uważają, że wyłącznie fosforany wywołują tężyczkę, inni zaś, że przyczyną jej jest zmniejszenie ilości wapnia. Zwiększenie rezerwy alkalicznej krwi wyklucza acidozę. Co do leczenia krzywicy, to istnieje rozbieżność zdań, nieusprawiedliwiona z punktu widzenia teoretycznego.

Sekretarz: *Dr. A. Tenenbaum.*

Sprawy zawodowe.

Naczelna Izba lekarska.

Posiedzenie Zarządu w dniu 28. września 1925 r.

Obecni: Przewodniczący Bączkiewicz, Bogucki, Guranowski, Śmiechowski, Bełkowski.

Od Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia otrzymano projekt Ustawy o ubezpieczeniu pracowników umysłowych, opracowany przez Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej, z prośbą o ocenę i przedstawienie uwag do 15. października b. r. Postanowiono w sprawie tej powołać komisję, która uwagi swe przedstawi na posiedzenie następne. Do komisji tej Przewodniczący zaprosi znawcę w sprawach ekonomicznych.

Od Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia otrzymano pismo w sprawie Dr. Korabiewicza, która to sprawa wpłynęła do Sądu N. I. L. Postanowiono odpis tego pisma przesłać Sądowi Izby Naczelnej.

Od Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego otrzymano pismo z prośbą o mianowanie delegata Izby Naczelnej do Rady Naczelnej wychowania fizycznego i przysposobienia wojskowego. Postanowiono zwrócić się w tej sprawie do Dra Roszkowskiego Marjana z prośbą o przyjęcie wymienionego mandatu.

Od Dr. Wrześniowskiego z Częstochowy otrzymano projekt ustawy wzajemnych ubezpieczeń wszystkich Izb. Projekt ten przekazano Dr. Guranowskiemu do rozpatrzenia.

Rozpatrzono regulamin Kasy emerytalnej członków Izby Lwowskiej i postanowiono zwrócić się do Izby Lwowskiej z zapytaniem, jaka jest przypuszczalna liczba członków tej kasy, oraz

czy Izba Lwowska nie uważałaby za właściwe porozumieć się z innemi Izbami w celu wytworzenia jednej wspólnej Kasy Emerytalnej dla lekarzy całego Państwa.

Rozpatrzono i zatwierdzono Statut Kasy Pogrzebowej Izby Warszawsko-Białostockiej i postanowiono zawiadomić o tem Izbę Warszawsko-Białostocką oraz przesłać jeden egzemplarz Statutu Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia.

Rozpatrzono regulamin Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej i postanowiono przesłać Izbie Warszawsko-Białostockiej uwagi w sprawie tego regulaminu Zarządu N. I. L. z prośbą o odpowiedź i nadesłanie ostatecznego regulaminu w trzech egzemplarzach.

Posiedzenie Zarządu w dniu 13. października 1925 r.

Obecni: Przewodniczący Bączkiewicz, Bełkowski, Bogucki, Śmiechowski.

Rozpatrzono i przyjęto ocenę projektu Ustawy o ubezpieczeniu pracowników umysłowych w opracowaniu Przewodniczącego Dr. Bączkiewicza z uwzględnieniem uwag Dr. Mutermilcha i Dr. Bełkowskiego. Ocenę tę postanowiono przesłać Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia.

Rozpatrzono i przyjęto ocenę Ustawy dentystycznej w opracowaniu komisji, złożonej z prof. Wilgi, Dr. Gruszczyńskiego i Dr. Brenneisena. Ocenę tę postanowiono przesłać Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia i Komisji Sejmowej Zdrowia. Postanowiono zarazem zawiadomić Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia, że wyjaśnień w tej sprawie w Komisji Zdrowia w imieniu Izby Naczelnej udzielić mogą: prof. Wilga i Dr. Gruszczyński.

Od Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia otrzymano pismo z zaproszeniem na konferencję w sprawie projektu Ustawy Aptekarskiej, która ma się odbyć w Generalnej Dyrekcji w dniu 20. października o godz. 10 rano. Postanowiono powołać na tę konferencję Przewodniczącego Dr. Bączkiewicza.

Zatwierdzono regulamin Izby Warszawsko-Białostockiej z adnotacją, żeby przesłane uwagi Izby Naczelnej w sprawie regulaminu były przedstawione na najbliższem posiedzeniu Rady. Dr. Śmiechowski zgłosił votum separatum, uzależniając zatwierdzenie regulaminu od przyjęcia uwag Izby Naczelnej.

Od Prezydjum Sądu N. I. L. otrzymano pismo na ręce Ministerstwa Spraw Wewnętrznych od adwokata Dr. Antoniego Chmurskiego w sprawie obrony w Sądzie N. I. L Dr. Maksymiljana Bernsteina. Postanowiono pismo to przesłać do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia.

Od Dr. Karasiewicza z Izby Poznańsko-Pomorskiej otrzymano pismo z protestem co do decyzji Izby Poznańsko-Pomorskiej w sprawie wzbronienia Dr. Karasiewiczowi obejmowania posady ambulatoryjnej przy Kasie Chorych w dwóch miejscowościach. Postanowiono zwrócić się do Izby Poznańsko-Pomorskiej z prośbą o nadesłanie dokumentów w tej sprawie.

Otrzymano od Izby Lwowskiej odpis pisma do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia w sprawie jakoby nieprawnego wpisania na listę członków Izby Lwowskiej Dr. Weichselbauma.

Wyjaśnienie Izby Lwowskiej postanowiono poprzeć w Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia, a pismo Izby Lwowskiej postanowiono przesłać w odpisie wszystkim izbom ze względu na poruszenie sprawy o charakterze ogólnym.

Od Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia otrzymano pismo z zapytaniem, czy Zarząd N. I. L. otrzymał od Izby Naczelnej pełnomocnictwo do opinji w sprawie połączenia obwodu Wileńskiego i Województwa Nowogródzkiego w jedną Izbę Lekarską. Postanowiono przesłać Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia odpis udzielonych Zarządowi pełnomocnictw.

Od Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia otrzymano pismo w sprawie Dr. Lewickiego i innych lekarzy, praktykujących w sezonie letnim w Krynicy, którzy użalają się na ściąganie od nich składki na rzecz Izby Krakowskiej, chociaż są członkami innych izb lekarskich. Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia prosi Zarząd N. I. L. o podanie swego stanowiska w tej sprawie.

Ponieważ Zarząd N. I. L. opinję swą w tej sprawie przesłał już Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia i zainteresowanym lekarzom, postanowiono zawiadomić o tem Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia i przesłać odpis tej opinji.

Od Prezydjum Sądu N. I. L. otrzymano pismo w sprawie nowelizacji ustaw o praktyce i o Izbach lekarskich. Prezydjum Sądu wypowiada się za odroczeniem projektu nowelizacji w celu dokładniejszego opracowania projektu przy udziale wszystkich Izb. Pismo to przyjęto do wiadomości.

Od Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia otrzymano odpis pisma Poselstwa Polskiego w Londynie z prośbą o zawiadomienie wszystkich izb lekarskich o wystawie Lekarskiej w Londynie, która się odbyła w dniach 5—9 października r. b.

Z powodu późnego otrzymania pisma prośby Generalnej Dyrekcji nie można było wykonać.

Na wniosek Dr. Śmiechowskiego postanowiono zwrócić się do radcy prawnego z zapytaniem, czy Ministerstwo Spraw Wewnętrznych miało podstawę prawną wykreślając przy ustaleniu Regulaminu Sądu N. I. L. artykuł następujący: „sędzia nie ma prawa na posiedzeniu Sądu czynić uwag osobistych o innym sędzi; wykroczenia w tym kierunku pociągają za sobą dochodzenia dyscyplinarne".

W sprawie opuszczenia przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych z regulaminu Sądu N. I. L. artykułu o przysiedze sędziów postanowiono nie zgłaszać interpelacji, gdyż artykuł ten będzie wniesiony przez Izbę Naczelną przy nowelizacji ustawy o Izbach lekarskich, jako artykuł oddzielny w ustawie.

Przyjęto wniosek Przewodniczącego co do wysłania do wszystkich Izb okólnika w sprawie udziału Izb lekarskich w organach rządowych i samorządowych Zdrowia Publicznego, Z pismem takiej treści postanowiono również zwrócić się do wszystkich członków Izby Naczelnej.

Stowarzyszenie lekarzy Polaków w Wilnie.

W dniu 30. listopada 1925 r. odbyło się walne, doroczne, prawomocne zebranie Stowarzyszenia Lekarzy Polaków w Wilnie i na prowincji; do Zarządu na rok 1926 zostali wybrani:

Prezes: Dr. Ludwik Czarkowski, ponownie., Wice-prezes: Dr. Jan Michniewicz., Pierwszy Sekretarz: Dr. Eugenjusz Klemczyński, ponownie., Drugi Sekretarz: Dr. Witold Wołodźko., Skarbnik: Dr. Wacław Bądzyński, ponownie., Gospodarz: Dr. Marjan Przyałgowski.

Prezes: *L. Czarkowski.* Sekretarz: *Dr. E. Klemczyński.*

Izba Lekarska Warszawsko-Białostocka.

Dnia 29 listopada 1925 r. w Sali Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego odbyły się wybory do Rady Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej. W wyborach uczestniczyło 1.185 członków Izby czyli 59,3% wyborców. Wybrani zostali znaczną większością głosów 56 członków Rady i 28 zastępców — wszyscy z listy uzgodnionej przez Komitet Wyborczy, a mianowicie:

Członkowie Rady Izby.

1. Adamski Jan, (Warszawa) — 2. Aichimowicz Konstanty, (Białystok) — 3. Bączkiewicz Jan, (Warszawa) — 4. Brandwajn Hieronim, (Warszawa) — 5. Bruner Władysław, (Warszawa) — 6. Bujalski Jerzy, (Warszawa) — 7. Chodakowski Gustaw, (Warszawa) — 8. Dudrewicz Kazimierz, (Warszawa) — 9. Eberhardt Maksymiljan, (Warszawa) — 10. Endelman Leon, (Warszawa) — 11. Garlicka Zofja, (Warszawa) — 12. Gluziński Antoni, (Warszawa) — 13. Goldsztein Paweł, (Warszawa) — 14. Gruszczyński Aleksander, (Warszawa) — 15. Hertz Maurycy, (Warszawa) — 16. Jastrzębski Marjan, (Warszawa) — 17. Kapuściński Stanisław, (Warszawa) — 18. Kasperowiczowa Marja, (Warszawa) — 19. Kołłątaj Srzednicki Jan, (Warszawa) — 20. Kwaśniewski Mikołaj, (Warszawa) — 21. Łazarowicz Klemens, (Warszawa) — 22. Łuczycki Bronisław, (Warszawa) — 23. Makowski Tytus, (Warszawa) — 24. Malinowski Zygmunt, (Łomża) — 25. Muzurek Józef, (Warszawa) — 26. Milejkowski Izrael, (Warszawa) — 27. Mutermilch Jan, (Warszawa) — 28. Mutermilch Stanisław, (Warszawa) 29. Orłowski Edward, (Warszawa) — 30. Ostromęcki Bohdan, (Białystok) — 31. Piasecki Witold, (Włocławek) — 32. Pieńkowski Marjan, (Warszawa) — 33. Przyborowski Adam, (Warszawa) — 34. Róbin Wilhelm, (Warszawa) — 35. Rudzki Przemysław, (Warszawa) — 36. Rykowski Władysław. (Żyrardów) — 37. Siemiaszko Zygmunt, (Białystok) — 38. Simchowicz Teofil, (Warszawa) — 39. Sochacki Ignacy, (Warszawa) — 40. Stabholc Henryk, (Warszawa) — 41. Stefanowski Antoni, (Warszawa) — 42. Szumlański Witold, (Warszawa) — 43. Śmiechowski Antoni, (Warszawa) — 44. Talhejm Aleksander, (Grodno) — 45. Trenkner Henryk, (Warszawa) — 46. Turski Antoni, (Warszawa) — 47. Umiński Józef, (Kutno) — 48. Wielobycki Tadeusz, (Łowicz) — 49. Wierzbowski Władysław, (Warszawa) — 50. Wojnówna Zofja, (Warszawa) — 51. Zaleski Aleksander, (Płock) — 52. Zamenhof Leon, (Warszawa) 53. Zamkowski Henryk, (Grodno) — 54. Zandowa Natalja, (Warszawa) — 55. Zaorski Jan, (Warszawa) — 56. Żelisławski Jerzy, (Warszawa).

Zastępcy:

1. Borowski Jakób, (Warszawa) — 2. Bychowski Zelman, (Warszawa) — 3. Byszewski Tomasz, (Warszawa) — 4. Finkelkraut Bernard, (Warszawa) — 5. Goldberg Oskar, (Warszawa) — 6. Gruszka Gruszkiewicz Mieczysław, (Białystok) — 7. Gurbski Stanisław, (Warszawa) — 8. Huszcza Adam, (Warszawa) — 9. Jabłoński Leon, (Warszawa) — 10. Jasielewicz Kazimierz, (Warszawa) — 11. Jarecki Władysław, (Warszawa) — 12. Jurjewiczówna Antonina, (Warszawa) — 13. Klamrzyński Piotr, (Białystok) — 14. Krzyczkowski Antoni, (Warszawa) — 15. Lewin Gerszon, (Warszawa) — 16. Maleciński Juljusz, (Warszawa) — 17. Metelski Norbert, (Warszawa) — 18. Mintz Salomon, (Białystok) 19. Podczaski Teodor, (Warszawa) — 20) Ryłko Marjan, (Warszawa) — 21. Schayer Edmund, (Warszawa) — 22. Sławiński Żdzisław, (Warszawa) — 23. Surawski Jan, (Warszawa) — 24. Szczodrowska Marja, (Warszawa) — 25. Szmakfefer Kazimierz, (Warszawa) — 26. Szokalski Kazimierz, (Warszawa) — 27. Trawiński Marjan, (Warszawa) — 28. Wyganowski Jan, (Warszawa).

Naczelnik *Przyborowski.* Pisarz *J. Sochacki.*

***Kalendarz lekarski** »Nowin lekarskich« na rok 1926 mogą otrzymać prenumeratorowie Pol. Gaz. Lek. w cenie 4·50 zł. (t. j. z 50% opustem). Zgłaszać się należy listownie pod adresem: Związek Lekarzy Państwa Polskiego, Poznań, Aleje Marcinkowskiego 15. Ze względu na to, że czysty dochód przeznaczony jest na zapomogi świąteczne dla wdów i sierót po lekarzach, poleca się gorąco to wydawnictwo, tak bardzo potrzebne dla lekarza-praktyka.*

Wiadomości bieżące

Warszawa.

x Pierwszy zeszyt czasopisma p. t. »Głos Wierzycieli« ukazał się w Warszawie. Jest to dwutygodnik, poświęcony sprawom wszelkich wierzytelności prywatnych i państwowych oraz obronie drobnych akcjonarjuszów.

x Odznaczenie. Dr. Jakób Szwajcer, naczelny lekarz szpitala żydowskiego na Woli, w związku z jubileuszem 40-lecia swej pracy szpitalnej, otrzymał dekretem p. prezydenta Rzeczypospolitej odznaki orderu »Polonia Restituta«.

x Akademja ku czci zmarłych członków honorowych Tow. Lek. Warszawskiego. Dnia 27 października odbyła się w Warszawskiem Towarzystwie Lekarskiem uroczysta akademja ku czci zmarłych w r. b. członków honorowych Towarzystwa: ś. p. prof. Edwarda Przewóskiego i ś. p. dra Józefa Pawińskiego. Piękne i zasadniczej wagi przemówienia wygłosili: o ś. p. drze Józefie Pawińskim — Władysław Janowski i Kazimierz Wagner; o ś. p. prof. Przewóskim — Leon Kryński i Ludwik Paszkiewicz.

x Kurs dla inspektorów pracy, zorganizowany przez Ministerstwo Pracy i Opieki społecznej w porozumieniu z Generalną Dyrekcją służby Zdrowia, odbył się przy udziale, między innymi, dra Hummla (czystość), dra Jaroszyńskiego (sport), dra Rotherta (poradnictwo zawodowe), dra Kacprzaka (odzież, mieszkanie, statystyka), prof. dra Tadeusza Hilarowicza (ustawodawstwo sanitarno-higjeniczne), dra J. Zielińskiego (higjena przemysłowa) oraz dra J. Zawadzkiego (ratownictwo).

x Szpitalnictwo w Województwie Warszawskiem istnieje, kosztem funduszów samorządowych, 16 szpitali dla chorych zakaźnych o 430 łóżkach oraz 22 szpitale ogólne, posiadające łącznie 1200 łóżek. Dane powyższe nie są bynajmniej imponujące, jeśli zważymy, iż Województwo Warszawskie liczy prócz Warszawy 58 miast i że liczba ludności jego sięga $2\frac{1}{2}$ miljona.

x Kasa Chorych m. Warszawy. Ze sprawozdania Komisji Rewizyjnej: »w chwili obecnej wedle zestawień zadłużenie wynosi około 2 miljonów złotych, są to nieuregulowane rachunki za dostawy, niespłacone należności szpitalom, uzdrowiskom i pensje personelu»... Sapienti sat.

x Jubileuszowy Kongres Król. Instytutu sanitarnego w Londynie. Do Ministerjum Spraw Zagranicznych nadeszło, za pośrednictwem Poselstwa Angielskiego, zaproszenie do wzięcia udziału w jubileuszowym Kongresie Królewskiego Instytutu sanitarnego w Londynie, który odbędzie się dnia 3 lipca 1926 r.

Kraków.

Odnowienie dyplomu doktora wszech nauk lekarskich. Dr. Bernard Zanderer, zamieszkały od czterdziestu i kilku lat w Trawniku (Bośnia) odnowił dyplom dra wszech nauk lekarskich na Uniwersytecie Jagiellońskim po 50-ciu latach.

W szpitalu izraelickim ufundowano dwa stypendja, każde po 100 złotych miesięcznie, dla lekarzy pracujących naukowo w tym szpitalu.

Szósty kongres dalekiego wschodu dla medycyny zwrotnikowej odbył się od 12.—18. IX. b. r. w Tokio. W Zjeździe tym uczestniczyło 520 lekarzy z rozmaitych krajów, leżących dookoła Oceanu Spokojnego i Indyjskiego. Na kongresie tym przyjęto obok innych jako równorzędny język także Esperanto. W języku tym wygłosili bądź przemówienia bądź referaty naukowe prof. Ogata z Tokio (O awitaminozach), Dr. Murata z Tokio (O uproszczonej serodjagnostyce kiły własną metodą), prof. Fużinami z Kioto i chiński patolog Czeng-Fan-Cu.

Lwów.

Na żądanie Prof. Groera proszę o umieszczenie w najbliższej Gazecie lek. niżej podane wyjaśnienie:

Do artykułu ogłoszonego w Pol. G. lek.: „Odczyn dopowy w wieku dziecięcym". Prof. Groer po powrocie z zagranicy komentuje pewne nieścisłości, dotyczące artykułu ogłoszonego pod powyższy tytułem, a mianowicie:

Zaznacza, że prace eksperymentalne które zużytkowałem do powyższego artykułu wykonane były przezemnie na klinice pedjatrycznej w czasie gdy byłem asystentem. Wyniki te były zakonikowane przez prof. Groera w mojem imieniu na Zjeździe pedjatrów polskich w Poznaniu i miały być ogłoszone w Pedjatrji polskiej. Wskutek nieporozumienia nastąpiło przedwczesne ogłoszenie artykułu, gdyż według życzeń prof. Groera miały być badania uzupełniane jeszcze przez dalsze eksperymenta, przyczem miało się uwzględnić najnowszą literaturę, która okazała się po ogłoszeniu powyższego artykułu.

Tomaszewski Józef.

Poznań.

Wyszła z druku »Kronika Uniwersytecka«, obejmująca 5-cioletni okres rektoratu ś. p. dra Heliodora Święcickiego od założenia uniwersytetu w r. 1919 do końca roku akademickiego 1922—23.

Wilno.

Jubileusz 30-lecia pracy. Dnia 28 listopada b. r. odbył się w Wilnie obchód jubileuszowy 30-lecia pracy dra Aleksandra Karnickiego, prezesa Towarzystwa ginekologicznego wileńskiego.

Zmarli.

Dr. Herman Rodziński, em. generał-brygadjer W. P. zmarł we Lwowie.

Ś. p. Ryszard Wołowski, b. lekarz szpitala Sochaczewskiego, ostatnio lekarz powiatowy, Kasy chorych i Sejmiku częstochowskiego, zmarł w Częstochowie dnia 12 listopada, b. r. w wieku lat 64.

L. 136/925. **OSTRZEŻENIE.**

Wobec wielokrotnego złamania przez Zarząd pow. Kasy Kasy Chorych w Radomsku umowy, zawartej z lekarzami — wybuchł tam stan bezkontraktowy i wszystkie posady w Kasie Chorych ogłoszone są pod bojkotem.

Ostrzega się kolegów przed objęciem pracy w Kasie Chorych bez porozumienia się ze Związkiem Lekarzy Obwodu Radomskiego.

Wydział Wykonawczy Okręgu Łódzkiego
Związku Lekarzy Państwa Polskiego.

OD ADMINISTRACJI.

Prenumerata Polskiej Gazety Lekarskiej na kwartał I. 1926 wynosi Zł. 12·— dla Członków Tow. Lek. Zł. 10.— Abonentom, którzy nie wyrównają należytości załączonym czekiem P. K. O. zmuszeni będziemy wstrzymać dalszą wysyłkę pisma z dn. 30 stycznia. W razie zaprzestania prenumeraty prosimy o zgłoszenie do administracji, gdyż zatrzymanie numerów wysłanych po 1. stycznia uważać będziemy jako obowiązujące do uiszczenia prenumeraty za kwartał I. 1926.